



GENITORIALITÀ: DA COPPIA A "FAMIGLIA". RIASSETTI INTRA E INTER-PERSONALI

Criticità e fattori di rischio per lo sviluppo del bambino

INDICE:

Introduzione

Stili genitoriali

Parenting

Genitorialità "a rischio"

Gravidanza e maternità in età adolescenziale

Depressione materna

- Fattori di rischio
- Sintomi e Valutazione
- Effetti della depressione post-partum sul bambino
- Interazioni madre-bambino
- Come intervenire?

La genitorialità minata dal conflitto coniugale

- Identità e separazione

Considerazioni

Note

Bibliografia

Altre letture su HT

Introduzione

La genitorialità, ossia divenire genitori, non coincide con l'evento della nascita ma è connessa a un lungo processo di elaborazione delle proprie relazioni affettive, che determina un'**alterazione dell'equilibrio della coppia**.

Tale alterazione può portare alla costituzione di un nuovo equilibrio che favorisce una relazione armoniosa bambino-genitori, ma può anche creare una situazione di disagio psichico che troverà espressione in interazioni disturbate, causando sofferenza nel bambino.

La genitorialità implica un sostanziale riassetto delle relazioni interpersonali all'interno della rete di parentela della coppia stessa.

Le dipendenze irrisolte con le famiglie di origine possono infatti interferire con il funzionamento della coppia e talvolta "spingere" alla **scelta di avere un figlio per motivi sbagliati**, come ad esempio:

- colmare un vuoto affettivo, "utilizzandolo" come supporto, come un contenitore di frustrazioni e solitudine, come sostituto di un amore familiare o di coppia;
- come tentativo di sollecitare cure prenatali da parte dei genitori o del partner;
- per trattenere il partner e vivificare il rapporto di coppia in crisi;
- considerare il figlio un prolungamento di sé e dei propri bisogni infantili, per potergli dare tutto quello che è mancato a se stessi, perdendo di vista il bambino reale e le sue personali esigenze.

La nascita di un figlio produce un **effetto "onda"** che mette alla prova la tenuta della coppia. Il rapporto tenderà a rinsaldarsi nelle coppie sicure e a restare disfunzionale o a disorganizzarsi ulteriormente nelle coppie meno sicure.

La nascita di un bambino altera le abitudini, i ritmi, gli orari, fa "perdere" il tempo privato; cambia la rappresentazione del partner e le esperienze di intimità.

Stili genitoriali

Gli stili genitoriali, ossia le modalità con cui i genitori svolgono le funzioni educative, affettive, protettive, regolatrici ed empatiche, sono presenti negli individui ancora prima che nasca il bambino. Gli individui imparano a essere genitori dalle esperienze di vita avute coi propri genitori, con altri adulti significativi e dai modelli presenti nella società.

La ricerca psicologica ha individuato 3 principali stili genitoriali:

- 1. Stile autoritario:** i genitori autoritari sono molto severi e impongono diverse regole. Essi possono ridicolizzare, biasimare, usare sarcasmo, minacciare i propri figli allo scopo di ottenere ciò che vogliono. Ai bambini non è permesso fare domande o avere delle opinioni proprie. Dal momento che i genitori si aspettano che essi si limitino a obbedire, questi bambini non imparano a ragionare con la propria testa o a prendere delle decisioni.

Lo stile genitoriale è rigido e inflessibile ed è destinato a non fornire alcuna libertà al bambino il quale, spesso, ha paura dei genitori. Non appena diventa più grande, impara a nascondere il proprio comportamento per evitare punizioni (ad esempio, se prenderà un brutto voto a scuola tenderà a nascondere la valutazione).

In età adolescenziale le reazioni tipiche sono tre: sottomissione, ribellione attiva o resistenza passiva (bighellonare, sognare a occhi aperti = *ribellione coperta*).



2. Stile permissivo: i genitori permissivi propongono poche regole e non definiscono limitazioni consistenti, sottomettendosi a volte alla volontà dei figli e determinando così una situazione di caos.

I genitori che adottano questo stile possono avere avuto genitori rigidi e autoritari, così decidono di non utilizzare alcuna forma di disciplina come reazione a quanto subito.

Un altro motivo può dipendere dall'elevato carico di stress che impedisce loro di avere la forza di fissare regole e di mantenerle.

Altre volte ancora, l'utilizzo di droghe o alcool impedisce loro di fissare limitazioni.

I bambini imparano dunque a fare quello che vogliono e possono incorrere in problemi relazionali poiché ignorano i diritti degli altri, non hanno il senso del limite e risultano egocentrici e spesso annoiati.

3. Stile democratico: i genitori democratici accettano e rispettano l'unicità del bambino. Essi sono in grado di bilanciare regole e libertà; fissano regole semplici spiegandone ai figli il motivo e mettono in atto delle ragionevoli conseguenze nel caso in cui queste vengano infrante. Vi è un'atmosfera di amore, rispetto, uguaglianza e un incoraggiamento nel correggere i propri errori e nell'affrontare le sfide quotidiane.

I bambini imparano che le loro opinioni sono importanti.

Essi si sentono accettati, amati, non hanno paura di fallire e considerano il mondo come un luogo sicuro e amichevole. Dal momento che è stato loro permesso di fare degli errori, quando crescono sono in grado di prendere decisioni diventando indipendenti e responsabili.

Parenting

Per "parenting" si intende il **processo di allevamento e di crescita di un figlio** a partire dalla sua nascita fino all'età adulta. Il *parenting*, descritto lungo le due dimensioni "**supporto**" e "**controllo**" (Maccoby e Martin 1983; Rollins e Thomas 1979), ha come scopo lo sviluppo fisico, intellettuale ed emotivo del bambino e questo processo è fortemente influenzato dalle caratteristiche dei genitori e della famiglia che si "costituisce" con l'arrivo del bambino stesso.

I vari stili di parenting, individuati in relazione alle due dimensioni sopracitate, si distinguono in:

- **Autoritario**, dove vi è una prevalenza di controllo e una carenza di supporto;
- **Permissivo**, dove vi è una prevalenza di supporto e una carenza di controllo;
- **Autorevole**, dove vi è un buon livello sia di controllo che di supporto;
- **Noncurante**, dove vi è sia scarso controllo che scarso supporto.

Ciascuno stile può influenzare in maniera diversa lo sviluppo del bambino.



Il parenting efficace implica un equilibrio tra i concetti di "cura", "disciplina" e "rispetto".

- **Cura.**

Prendersi cura significa rispondere ai bambini in modo accettante e supportivo.

La cura permette al bambino di sentirsi al sicuro, amato e protetto.

Questi bambini accettano le richieste dei genitori e sono facili da gestire.

- **Disciplina.**

La disciplina prevede che i genitori identifichino e si aspettino un comportamento responsabile da parte del bambino. Comprende la formulazione di limitazioni o regole, il monitoraggio del comportamento e un fermo rispetto delle regole, che devono essere chiare, ragionevoli e appropriate all'età.

Le punizioni costituiscono il modo meno efficace per rinforzare le regole.

- **Rispetto**

Rispetto significa fornire al bambino la libertà di pensiero e di espressione.

È importante quanto le prime due in quanto senza di esso i genitori eserciterebbero un controllo psicologico sul figlio. Tale controllo può limitare la possibilità che il bambino sviluppi una identità, una buona autostima, e impedisce inoltre una adeguata comprensione ed espressione delle emozioni.

Se consideriamo queste tre dimensioni e le incrociamo, otteniamo **4 diverse tipologie** di genitori:

1. **Positivi:** genitori che offrono cure, disciplina e che rispettano i figli.

I bambini hanno una buona autostima, sono rispettosi e responsabili, hanno una buona capacità empatica, controllo emozionale e una buona abilità nel gestire i conflitti.

2. **Permissivi:** genitori che curano e rispettano i figli, ma sono carenti nella disciplina.

I bambini hanno una buona autostima, sono competenti in molte aree, tuttavia hanno uno scarso senso di responsabilità e possono presentare dei problemi comportamentali.

3. **Dominanti:** genitori che utilizzano la disciplina ma non curano né rispettano i figli.

I bambini hanno una scarsa autostima, alti livelli di ansia e depressione.

Non sono molto competenti socialmente, hanno problemi scolastici e comportamentali.

4. **Distaccati:** genitori che non curano, né rispettano, né disciplinano.

I bambini hanno una scarsa autostima, depressione e scarsa competenza sociale.

I genitori competenti, ossia positivi, sanno manifestare affetto, cura, protezione in modo continuo, senza condizionare i propri figli.

Stimolano adeguatamente i suoi interessi, attitudini e sono disponibili a instaurare con il figlio un dialogo, valorizzando i suoi pensieri, le sue emozioni e aiutandolo a sviluppare la sua autostima e le sue competenze personali e relazionali.

Genitorialità "a rischio"

Lo studio dei fattori di rischio connessi alla genitorialità e l'analisi dei relativi esiti psicopatologici hanno portato all'individuazione di alcune **situazioni "a rischio"** ritenute più rilevanti **per lo sviluppo del bambino**, quali:

- Gravidanza e maternità in età adolescenziale
- Depressione materna
- Conflittualità genitoriale

Gravidanza e maternità in età adolescenziale

La gravidanza e maternità in età adolescenziale è un fenomeno che ha stimolato numerosi studi e ricerche con risultati eterogenei.

Negli Stati Uniti è un fenomeno sociale rilevante che conta ogni anno 500.000 nascite da madri minorenni, per lo più di classe economica bassa, non sposate e con famiglie multi-problematiche alle spalle. In Italia è un fenomeno più limitato, che coinvolge ragazze per lo più di classe sociale media, sposate con i partner e supportate dalla famiglia di origine.

Per la giovane madre rappresenta una situazione critica perché è difficile **affrontare** i compiti della **maternità** congiuntamente all'elaborazione delle **problematiche adolescenziali**.

La gravidanza, in questo caso, **interferisce col processo di costruzione dell'identità** femminile: la ragazza si sente confusa perché è ancora coinvolta nei conflitti di figlia, ma già costretta ad assumere compiti genitoriali.

Un compito impegnativo è anche quello di integrare nell'**immagine di sé** le trasformazioni somatiche e sessuali determinate dalla pubertà, che sono fonti di forte ansia.

La gravidanza può rispondere al desiderio adolescenziale di dimostrare che il proprio corpo funziona come quello adulto e di liberarsi dalla dipendenza dalla propria madre anche se, in realtà, essa comporta un riavvicinamento a questa, che tornerà a svolgere un ruolo rilevante.

I fattori aggravanti che possono ulteriormente pregiudicare il rapporto madre-bambino sono:

- **l'età**, per la mancanza di conoscenze sullo sviluppo del bambino e lo scarso orientamento verso la maternità;
- **la povertà**, che espone la giovane a difficoltà ambientali;
- **la famiglia di origine**, se non è in grado di fornire aiuto pratico e affettivo;
- **il forte stress psicologico**, connesso alla responsabilità del diventare genitori e al timore di non essere in grado di "fare il genitore", che può condurre a una depressione.

Questi fattori esercitano una influenza negativa sulla qualità della relazione madre-bambino.



Depressione materna

La depressione materna costituisce un importante fattore di rischio nello sviluppo delle difficoltà infantili. I bambini con madri depresse, infatti, mostrano **disturbi nello sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale**, attaccamenti insicuri, sintomi e disturbi depressivi.

Il fenomeno detto "**baby blues**" provoca piccole alterazioni dell'umore che seguono il lieto evento. Riguarda l'80/85% delle donne, raggiunge la massima intensità nel quarto o quinto giorno dopo il parto e si risolve in genere intorno alla decima giornata.

Esordisce due o tre giorni dopo il parto e la neomamma comincia a sentire ansia, umore triste, sensazione di instabilità, irritazione immotivata nei confronti del neonato e del coniuge. Piange senza motivo, fatica a prendere sonno, vive sentimenti di inadeguatezza.

La **depressione** è una cosa diversa.

I sintomi sono gli stessi del *baby blues* ma cambia l'intensità:

- alterazione dell'umore, voglia di piangere, irritabilità - **sintomi affettivi**;
- sentimenti ambivalenti verso il bambino, dubbi e timori circa le proprie capacità - **sintomi cognitivi**;
- interferenza più o meno marcata con le proprie attività - **sintomi comportamentali**;
- disturbi del sonno, sensazione costante di essere molto debole - **sintomi fisiologici**.

Coinvolge circa il 10/15% delle donne e compare entro i dodici mesi successivi al parto, anche se l'insorgenza è datata, più frequentemente, tra quattro e sei settimane.

Tende a svilupparsi gradualmente, può persistere per diversi mesi e essere causata anche da un aborto. In una piccola percentuale di casi può tradursi in una depressione cronica o ripresentarsi nelle gravidanze successive.

Fattori di rischio

I fattori di rischio aumentano la probabilità di sviluppare una **depressione post-natale**, ma non sono necessariamente fattori causali.

Una revisione sistematica degli studi distingue i fattori di rischio in certi e probabili.

Fattori di rischio certi:

- storia personale di depressione;
- depressione durante la gravidanza;
- difficoltà di rapporto con il partner;
- mancanza di sostegno pratico ed emotivo;
- accumulo di eventi stressanti: perdite, malattie, handicap, trasferimenti.

Fattori di rischio probabili:

- psicopatologia nella storia familiare;
- essere ragazze madri;
- esperienza della nascita e mancanza di sostegno medico;
- convinzioni pessimistiche, bassa stima di sé in relazione al ruolo di madre.

Sintomi e Valutazione

I sintomi della depressione post-partum sono:

- irritabilità, ansia, scarsa concentrazione;
- scarsa energia, auto-svalutazione, umore depresso, pensieri suicidari;
- timore di fare del male al bambino;
- attacchi di panico.

Questi sintomi influenzano la relazione con il partner e la relazione con il bambino poiché il **comportamento materno** appare ostile, critico, distaccato ed evitante.

Di conseguenza, l'ambiente di **accudimento** risulta incerto e pericoloso.

Il mancato riconoscimento della depressione post-partum aumenta il **rischio di conflitto nella coppia**, la possibilità di separazione e divorzio, oltre a incidere sul benessere del neonato e di eventuali altri figli.

Lo **strumento di screening** (*procedimento*, ossia insieme di indagini diagnostiche generalizzate, utilizzate per identificare una malattia in una popolazione standard) più comunemente utilizzato in periodo postnatale è la *Edimburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) o **Scala di Edimburgo**, che andrebbe utilizzata con tutte le donne alla prima visita di controllo dopo il parto (approssimativamente sei settimane) e che, nei casi incerti, è consigliabile utilizzare nuovamente a distanza di due settimane. Una seconda valutazione può essere fatta tre mesi dopo il parto.

L'EPDS dovrebbe essere somministrata, da professionisti specificatamente formati, alle donne in periodo postnatale come parte di un programma di screening e non deve essere considerata uno strumento diagnostico a sé stante. La **diagnosi** di depressione post-partum richiede infatti una accurata valutazione **attraverso l'intervista clinica**.

L'intervista clinica deve assicurare la privacy e la riservatezza, creando un'atmosfera non precipitosa. Il colloquio va fissato tenendo conto del tempo necessario.

Il Professionista utilizzerà le abilità del counselling avvalendosi, ad esempio, di domande aperte e preparando giocattoli e altro materiale ludico per impegnare i bambini.

Compito dello Specialista è quello di indagare la natura, l'esordio, la durata, le variazioni e la gravità della sintomatologia attraverso:

- **Il livello di funzionamento nel ruolo materno:**
 - capacità di prendersi cura fisicamente e psicologicamente del Bambino;
 - mancanza di sonno e eccessiva fatica;
 - allattamento al seno.
- **La storia precedente:**
 - depressione/ansia ed eventuali trattamenti;
 - presenza di altri problemi psichiatrici e trattamenti;
 - malattie fisiche;
 - tentativi di suicidio;
 - storia infantile avversa (lutti, abusi etc.);
 - difficoltà di apprendimento.
- **Le caratteristiche ostetriche:**
 - infertilità;
 - gravidanza;
 - gravidanze precedenti;
 - esperienza del parto;
 - preparazione pre-natale;
 - lavoro;
 - storia post-partum (alimentazione del bambino).
- **La valutazione psico-sociale:**
 - difficoltà o rotture relazionali;
 - difficoltà di parenting con i figli precedenti;
 - salute dei figli (malati, presenza di handicap o di comportamenti problematici);
 - difficoltà di alloggio.
- **Il supporto sociale:**
 - possibilità di ottenere un aiuto fisico ed emozionale dal partner, dai familiari;
 - contatto con i pediatri;
 - contatto con i servizi sanitari.
- **La situazione familiare:**
 - problematiche di salute mentale nella famiglia;
 - difficoltà sanitarie del partner, comprendendo abuso di sostanze e violenza domestica;
 - conflitti con il partner o con altri membri della famiglia, problematiche finanziarie.
- **Indagine sui pensieri suicidari.**

Effetti della depressione post-partum sul bambino

Nonostante vi sia una correlazione certa tra disturbo depressivo materno e sviluppo del bambino, non tutti i bambini sviluppano problemi dello stesso tipo.

Il comportamento del bambino e del genitore si intrecciano in una storia di relazioni e in diversi contesti che non possono essere ignorati se vogliamo comprendere la reale natura dei legami tra depressione materna e sintomatologia del figlio.

Da una parte, la gravità e la cronicità dei sintomi depressivi che interessano la madre possono portare a un disadattamento nei figli, ma dall'altra è anche vero che problemi comportamentali dei bambini potrebbero contribuire allo sviluppo della depressione materna.

Una serie di studi osservazionali ha documentato le numerose **difficoltà di parenting** delle madri depresse, in particolare a causa dell'eccessiva ansia, ruminazione e irritabilità.

Le madri **che ruminano** e sono preoccupate sono meno responsive e attente ai bisogni dei figli (madri *distaccate*), mentre le madri **irritabili** possono esprimere una affettività negativa e sono meno tolleranti nei confronti del comportamento dei figli (madri *coercitive*).

Le madri distaccate dimostrano mancanza di interesse, di entusiasmo, di energia che esitano in un minimo coinvolgimento con il bambino.

Le madri coercitive esprimono rabbia, stress, irritabilità che esitano in interazioni ostili e negative con il figlio.

Interazioni madre-bambino

A due mesi dalla nascita, con il perfezionamento delle capacità visive, il tema centrale delle interazioni madre-bambino diventa la regolarizzazione della **mutua attenzione** e la **coordinazione degli scambi faccia a faccia**.

Sono dunque possibili contatti visivi diretti, sguardi prolungati e compaiono i primi sorrisi sociali.

I bambini interagiscono secondo cicli di attenzione/non attenzione di natura biologica. Per alcuni secondi il bambino guarderà l'adulto e poi ne distoglierà lo sguardo, poi lo riguarderà e così via in modo ciclico.

La madre, invece, generalmente guarda il bambino quasi costantemente fornendo così "una cornice" nell'ambito della quale possono inserirsi gli sguardi ciclici del bambino.

Durante i periodi di interazione visiva, la madre farà del suo meglio per tenere desto l'interesse del piccolo ma in assenza di sguardi rispetterà il bisogno di intervallo del bambino, interrompendo la stimolazione pur rimanendo vigile.

Cosa può accadere ai bambini **se la madre è depressa**, emotivamente non disponibile e quindi **assume una immobilità facciale**? I bambini inizialmente intensificano l'attività comunicativa, accentuando vocalizzazioni, sguardi, movimenti delle braccia.

Poi se il viso continua a rimanere immobile essi, disturbati e infastiditi, protestano, distolgono lo sguardo dalla madre per periodi sempre più lunghi fino ad allontanarsi completamente, orientando volto e corpo di lato, voltando le spalle alla madre, e alcuni bambini diventano soggetti a intensa angoscia.

Compaiono forme di auto-regolazione volte a ottenere auto-conforto e auto-consolazione (mani in bocca, dondolio...) che, se utilizzate in modo persistente, possono intaccare la capacità del piccolo di regolazione emotiva, trasformandosi in vere e proprie condotte difensive.

Le madri depresse, con **difficoltà a sintonizzarsi** adeguatamente con i comportamenti del figlio, a coglierne i segnali di comunicazione e a rispondervi in modo appropriato, determineranno lo svilupparsi di **stili di interazione sociale completamente distorti**.

I loro bambini svilupperanno una espressione di emozioni negative, quali tristezza e collera, che possono poi evolvere in disturbi comportamentali e tendenza all'isolamento.

In sintesi, le dinamiche interattive tra bambino e madre depressa portano a un **fallimento nel processo di mutua regolazione**, facendo sperimentare al bambino emozioni negative con nucleo affettivo negativo.

In questo modo vengono accentuati in maniera patologica i comportamenti di auto-regolazione (ritiro, evitamento, *freezing* - ossia congelamento -, completa immobilizzazione e aumento di auto-stimolazione e auto-consolazione) e il mondo rappresentazionale del bambino appare costituito da esperienze soggettive di micro depressione.

Inoltre in uno studio relativamente recente (Teti et al. 1995) è stato analizzato il legame di attaccamento in un gruppo di bambini figli di madri depresse e di madri non depresse. È stato rilevato che nel caso di figli di madri depresse la percentuale maggiore dei bambini presenta un attaccamento disorganizzato mentre per i figli di madri non depresse la percentuale maggiore dei bambini manifesta attaccamento¹ sicuro.

Attaccamento	Madri depresse	Madri non depresse
Evitante	16,7 %	10%
Sicuro	20%	70%
Ansioso/ambivalente	23%	10%
Disorganizzato	40%	10%

Come intervenire?

Un trattamento psicologico inadeguato espone la donna al rischio di una depressione ricorrente e aumenta la possibilità di ripercussioni negative sulla relazione con il partner e con il bambino.

Non esiste una lettura univoca sulle modalità di sviluppo di una depressione post-natale, per cui risulta improbabile che una singola modalità di trattamento sia valida per tutte le donne.

Un trattamento multifattoriale, che combini fattori psicologici e biologici, è il più efficace in quanto riconosce le **origini multiple della depressione post-natale**.

Gli interventi biologici, come i trattamenti ormonali e la terapia elettroconvulsiva, sono stati largamente sostenuti senza una adeguata dimostrazione della loro efficacia o applicabilità nella cura della depressione post-natale.

Uno studio clinico controllato condotto da *Jeannette Milgrom e Paul R. Martin (2003)* ha dimostrato l'efficacia di farmaci antidepressivi in associazione con almeno una sessione di terapia cognitivo comportamentale in donne con depressione post-natale di media entità, anche se occorre tener conto dei possibili effetti collaterali sul neonato in caso di allattamento (i farmaci assunti dalla madre potrebbero passare, attraverso il sangue, nel latte riservato al bambino).

Per le forme lievi sono indicati trattamenti psicologici come il counselling individuale (Cooper e Murray, 1998; Gamble et al. 2005), che comprende un ascolto non giudicante e l'aiutare le persone a sviluppare adeguate modalità per affrontare i loro problemi.

L'obiettivo è quello di focalizzarsi sulla mamma piuttosto che sul bambino.

I colloqui caratterizzati da atteggiamenti empatici e non giudicanti hanno la finalità di aiutare e permettere alle donne di condividere i propri sentimenti, di valutare i problemi e di decidere le azioni più appropriate.

La genitorialità minata dal conflitto coniugale

La letteratura psicologica sottolinea il fatto che, sebbene la separazione dei genitori costituisca una esperienza dolorosa, essa non determina conseguenze negative o danni allo sviluppo se non viene accompagnata dal conflitto tra adulti.

Numerosi studi hanno sottolineato come, per i bambini, l'**esposizione alle discordie** o ai conflitti genitoriali costituisca una significativa e prevalente **fonte di stress** che può determinare il verificarsi di esiti psicopatologici.

Gli studi più recenti hanno cercato di analizzare le condizioni a causa delle quali il conflitto diventa dannoso per i bambini, non limitandosi a documentare l'esistenza di correlazione tra conflitto e adattamento, bensì cercando di comprendere il significato che esso viene ad assumere per i bambini.

**Genitorialità: da coppia a "famiglia"****Valentina Zappa**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Gli Psicologi statunitensi *John H. Grych* e *Frank D. Fincham* (1990, 1993) sottolineano come, nella elaborazione del conflitto, le cognizioni e le emozioni dei bambini agiscano in modo interdipendente e siano sistematicamente correlate alle dimensioni del conflitto (intensità, contenuto, durata ed eventuale soluzione) e al contesto in cui avviene.

Patrick T. Davies e *E. Mark Cummings* (1994), entrambi Psicologi, rilevano come il ruolo delle emozioni sia stato da Grych e Fincham sottovalutato a causa della maggiore enfasi attribuita all'elaborazione cognitiva.

Tali Autori ritengono che le risposte dei bambini agli episodi conflittuali derivino, prevalentemente, dalla loro **sicurezza emotiva** anziché da una elaborazione cognitiva della situazione.

Il concetto di sicurezza emotiva si riferisce alla **qualità affettiva ed emotiva delle relazioni vissute dal bambino** con tutti i componenti della famiglia e guida i processi di elaborazione primaria ed elaborazione secondaria.

Un bambino emotivamente insicuro della relazione tra i suoi genitori, infatti, può percepire il conflitto come più pericoloso (elaborazione primaria) rispetto a un bambino sicuro, fiducioso nella risoluzione del conflitto e nella disponibilità psicologica dei genitori.

In secondo luogo, l'insicurezza emotiva può agire sul tipo di coping (elaborazione secondaria) determinando una minore capacità di far fronte alla situazione conflittuale.

A volte il conflitto non si esaurisce nemmeno con la separazione.

Ci sono coppie che tendono a mantenere un legame di invischiamento distruttivo, continuando ad alimentare il conflitto. Spesso ricercano attraverso la conflittualità giuridica un risarcimento personale per le ferite e le umiliazioni di cui ritengono esclusivo responsabile il coniuge.

Identità e separazione

La separazione può essere vissuta come "evento critico" poiché pone **in discussione il senso delle scelte fatte** e l'identità personale.

Ognuno dei coniugi ha elaborato un'**immagine di sé** attraverso l'assunzione del ruolo coniugale e genitoriale, di conseguenza separarsi significa mettere in discussione questa immagine e affrontare la difficoltà di ridefinire se stessi come persone che possono contare solo sulle proprie risorse, dopo anni in cui si sono condivise decisioni e responsabilità.

La separazione/divorzio è un processo che comporta diverse fasi tra cui le reazioni di rifiuto, negazione e depressione, attivazione delle risorse e graduale ri-adattamento.

Inizialmente diventa **difficile accettare la propria parte di responsabilità** e l'*altro* viene individuato come unica causa del naufragio del matrimonio.

Tutti **i bambini** figli di genitori separati **devono** fare l'operazione di **integrare dentro di sé le due figure genitoriali** che nella realtà sono scisse.



C'è il papà con il suo mondo e la mamma con il suo, ma una separazione conflittuale mina alla base questa possibilità di integrazione da parte del bambino.

Inoltre il bambino a volte può trovarsi esposto a dinamiche relazionali che lo possono danneggiare:

- **Strumentalizzazione del bambino.**

Il figlio diviene strumento, mezzo di un genitore nella lotta contro l'altro. È importante evidenziare che in tali situazioni, il legame affettivo più intenso per il genitore affidatario rimane quello con l'ex coniuge.

Esempio: madri che fanno saltare i week-end del figlio ancora piccolo con il padre. Il coniuge che si è allontanato ha inferto un dolore intollerabile e per questo deve essere punito. Il bambino appare come "longa manus" del genitore e ha il compito di controllare la vita del coniuge.

- **Svalutazione.**

L'ex coniuge è percepito come una persona indegna, così cattiva da non poter essere accettato nemmeno come un genitore. Prevale il bisogno di definire l'inadeguatezza pedagogica dell'altro per potersi percepire come buon genitore.

I bambini non vengono così legittimati nella possibilità di avere un buon rapporto con l'altro genitore e quindi di potersi liberamente muovere dal mondo del papà a quello della mamma e viceversa.

- **Utilizzo compensativo.**

Per il genitore che non accetta la separazione perché è una ferita profonda alla sua autostima, e magari rimette in luce ferite del passato legate alla storia con i propri genitori, il bambino assume una valenza compensativa.

Esempio: ragazzo affidato al padre.

Il figlio per il padre era diventato l'unica ragione di vita, rappresentava tutto ciò che aveva; aveva modificato orari di lavoro in funzione del figlio...

Un bambino a cui viene affidato un compito così gravoso com'è possibile che deluda il genitore?

Questo comportamento può però portare a una compromissione del processo di separazione-individuazione.

- **Rifiuto di un genitore.**

In genere si tratta del rifiuto per il genitore non affidatario ma può anche esserci quello del genitore affidatario. Il rifiuto è il segnale che il conflitto è andato avanti fino al punto in cui il bambino è stato tagliato a metà, il conflitto non è stato governato, non è stato gestito tanto che il bambino è arrivato al punto, per la sua sopravvivenza emotiva, di schierarsi, fare una scelta che di solito comporta lo schierarsi con il genitore che apparentemente sembra garantirgli soddisfazione ai suoi bisogni.

Nei bambini piccoli, il rifiuto si presenta spesso indirettamente sotto forma di somatizzazioni.

- **Introduzione di un nuovo partner.**

Dove non c'è stata una sufficiente elaborazione della separazione, il fatto che uno dei due trovi un compagno e lo esponga alla relazione con il bambino, viene vissuto dall'altro con il timore di essere sostituiti nella funzione genitoriale.

A volte la reazione del genitore "espulso" è quella di abbandonare il campo oppure di riprendere la conflittualità giuridica.

Vi è il forte rischio che le risposte negative si cronicizzino, se i genitori non vengono aiutati a tener conto del percorso che – anche silenziosamente – il bambino va compiendo, quindi sono utili interventi di aiuto e sostegno per aiutare i genitori a sintonizzarsi con i propri figli e per elicitarne le risorse dei bambini.

Considerazioni

La genitorialità implica un processo di riconoscimento del figlio come altro da sé.

In questo senso, è assolutamente fondamentale che la nascita del bambino venga preceduta dall'elaborazione della crisi legata al passaggio della coppia **dalla coniugalità alla genitorialità**.

Il passaggio dalla relazione a due alla relazione a tre, infatti, comporta una serie di profonde modificazioni nell'universo della coppia e un indispensabile processo di re-distribuzione di tutte le proprie energie.

Il processo del divenire genitori dovrebbe quindi essere **un'evoluzione e una crescita della coppia**, non una "rottura" e, proprio per questa ragione, prima di intraprendere questo cammino, sarebbe opportuno fare una serie di considerazioni e comprendere che nella genitorialità sarà l'essere del bambino a divenire centrale e "focale".

Il concepimento, come anche la nascita del bambino, non sono "stati informativi", non forniscono cioè "informazioni per l'uso".

Il bambino è una persona reale ed è una persona che possiede assai minori risorse individuali rispetto agli adulti e che quindi deve essere sostenuta, gestita e rifornita dai genitori, i quali dovranno creare per lui un ambiente e una *holding* all'interno dei quali il bambino possa sentirsi al sicuro.

Questo ruolo assai impegnativo potrebbe essere ulteriormente complicato, come abbiamo visto, da situazioni critiche quali la maternità precoce, la depressione post-natale materna o conflittualità nella coppia.

Alla luce di quanto esposto, concludo affermando che la genitorialità non è "decorativa", non è qualcosa che si aggiunge a uno stato precedente, ma è piuttosto qualcosa che modifica profondamente e durevolmente le singole personalità dei genitori e la coppia nel suo insieme, la quale diventa una "famiglia".



Note

- 1. Attaccamento Sicuro:** fiducia nella disponibilità e nel supporto della Figura di attaccamento;
Insicuro Evitante: affidamento solo su se stesso, senza amore e sostegno altrui;
Ansioso Ambivalente: sfiducia nelle proprie capacità, Sé negativo e inaffidabile;
Disorientato/Disorganizzato: comportamenti spaventati, strani, disorganizzati.

Bibliografia

- Ammaniti M., *"Manuale di psicopatologia dell'adolescenza"*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002
- Camaioni L., Di Blasio P. , *"Psicologia dello sviluppo"*, Il Mulino, Bologna, 2002
- Corigliano A.N., *"Curare la relazione: saggi sulla psicoanalisi e la coppia"*, Franco Angeli, Roma, 1999
- Rossi G., *"Lezioni di Sociologia della famiglia"*, Carocci Editore, Roma, 2003
- Sanavio E., Cornoldi C. , *"Psicologia clinica"*, Il Mulino, Bologna, 2001
- Teti D.M., Gelfand D.M., Messinger D.S., Isabella R., *Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, pre-schoolers, and their mothers*, in "Developmental Psychology", Vol. 31 (3):364-376A.P.A., 1995

Altre letture su HT

- Marchetti T., *"La "nascita" del padre tra biologia e psicologia"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 73, 2012
- Moscarella A., *"Sindrome da alienazione parentale: una nuova patologia?"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 65, 2011